UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 1

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES

NÉPHRITES AIGUËS

DITES « ESSENTIELLES »

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Décembre 1913

PAR

Mlle Nadejda ANDRIASHEFF

Née à Bielogorielka (Russie), le 19 septembre 1887

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse { RAUZIER, *Président.* ESTOR, Professeur. LEENHARDT, Agrégé. DERRIEN, Agrégé. } *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1913

LES NÉPHRITES AIGUËS

DITES « ESSENTIELLES »

CHEZ L'ENFANT

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 1

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES

NÉPHRITES AIGUËS

DITES « ESSENTIELLES »

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Décembre 1913

PAR

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Mlle Nadejda ANDRIASHEFF

Née à Bielogorielka (Russie), le 19 septembre 1887

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse { RAUZIER, *Président.* ESTOR, Professeur. LEENHARDT, Agrégé. DERRIEN, Agrégé. } *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.
IZARD..... SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales.....	MM. GRASSET (O. ✲).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (✲).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✲).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. ✲).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✲).
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Clinique médicale.....	RAUZIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé libre.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, ag. lib. ch. d. c.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. J. DELMAS.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ETIENNE.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	RIMBAUD.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	ROGER.
GAUSSEL.	EUZIERE.	LECERCLE.
RICHE.		

Examinateurs de la thèse :

MM. RAUZIER, Président.	MM. LEENHARDT, Agrégé.
ESTOR, Professeur.	DERRIEN, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON CHER MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEENHARDT

Faible témoignage de ma grande reconnaissance.

N. ANDRIASHEFF.

A MON MAITRE ESTIMÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

N. ANDRIASHEFF.

Au terme de nos études et sur le point de quitter la France, il se mêle au contentement d'avoir enfin conquis notre grade de docteur une sorte de regret : il est triste d'avoir fini, et cette tristesse qui accompagne un état de transition qui cèdera devant l'accoutumance à la nouvelle vie dans laquelle nous allons prendre essor, cette tristesse, dis-je, est bonne à ressentir, faite de regrets, de souvenirs lumineux, des belles années de jeunesse et d'étude que nous laissons derrière nous.

Aussi éprouvons-nous une douce émotion à venir exprimer notre reconnaissance et dire adieu aux Maîtres en cette Faculté, qui ont guidé nos études médicales.

Mais, parmi ces Maîtres, qu'il nous soit permis d'en distinguer deux pour lesquels nous éprouvons une admiration sans borne et une très profonde affection.

M. le professeur Rauzier qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse ; lui dont les vivantes et quotidiennes leçons cliniques ont été pour nous la révélation de la Médecine ; lui qui a déjà formé toute une génération de nos aînés. Nous savons combien

nombreux sont ceux qui, chaque année, éprouvent le besoin de lui apporter par lettres de reconnaissants témoignages pour son enseignement clair, précis, méthodique qui les a mis à même d'exercer leur profession, plus dignement, plus sûrement.

Et qu'il nous soit permis de rendre hommage ici, à l'inépuisable et toujours sincère bienveillance dont il entoure ses élèves, souvent même au delà du terme de leurs études, et qu'il nous a prodiguée maintes fois à nous-même.

M. le professeur Leenhardt restera pour nous une figure d'idéale bonté. Une bonté innée, une intelligence d'élite, une haute culture font qu'il émane de lui une impression de force et de douceur, qui est un vrai réconfort pour tous ceux qui l'approchent.

A certaines heures difficiles il a été particulièrement bon et dévoué pour nous ; qu'il nous permette de lui exprimer ici notre infinie reconnaissance, et la profonde affection qu'il laisse pour la vie, au fond de notre cœur.

Nous adressons encore nos respectueux souvenirs : à M. le professeur Estor, dont les claires leçons de chirurgie infantile nous ont été précieuses, et à M. Derrien, qui ont bien voulu faire partie de notre jury de thèse, et à tous nos Maîtres en la Faculté de Montpellier.

LES NÉPHRITES AIGUËS

DITES « ESSENTIELLES »

CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

En entreprenant l'étude des néphrites aiguës dites « essentielles » chez l'enfant, nous n'avons point l'intention d'apporter un chapitre nouveau à la pathologie infantile ; mais nous tenons à retracer, grâce à une observation détaillée que nous devons à la bienveillance de M. le professeur agrégé Leenhardt, quelques points particuliers de la question. Au point de vue étiologique nous insisterons sur leur nature infectieuse, au point de vue symptomatique, sur leur début insidieux, au point de vue évolutif enfin sur leur bénignité relative.

La néphrite aiguë « essentielle » a été étudiée depuis déjà longtemps, et c'est d'elle qu'il est question lorsqu'on parle de néphrite aiguë primitive ; nous devons d'abord nous entendre sur ce que l'on désigne sous ce terme. Qu'il nous suffise de prendre la définition de Comby qui s'en est surtout particulièrement occupé :

« La néphrite aiguë primitive ou essentielle est une forme morbide qui n'est pas le mal de Bright mais qui pourrait plutôt être rapprochée de la congestion rénale. » Elle débute brusquement alors que l'enfant paraissait en bonne santé ou présentait un état infectieux très léger, loin de faire soupçonner une telle complication. Il convient donc d'éliminer toutes les maladies spécifiques telles que la scarlatine, la diphtérie, le rhumatisme.

Le terme d'aiguë est donné à cette néphrite non pas parce qu'elle revêt le caractère fébrile (celui-ci n'existe le plus souvent pas), mais à cause de son apparition rapide et de sa durée relativement courte.

Dans notre travail nous commencerons par faire l'historique de la question, nous reproduirons ensuite l'observation qui en est le mobile et nous dirons à son sujet les quelques réflexions qu'elle nous a suggérées. Dans une vue d'ensemble nous retracerons l'histoire générale des néphrites essentielles en passant rapidement sur les points que nous aurons déjà signalés dans notre discussion, nous insisterons sur leur nature infectieuse et sur l'opportunité d'un traitement sévère et prolongé.

Nous terminerons enfin en donnant quelques observations qui nous ont paru intéressantes à reproduire et que nous avons puisées au cours des diverses recherches bibliographiques.

HISTORIQUE

La néphrite aiguë essentielle a été l'objet de nombreux travaux, mais la plupart des auteurs ont considéré la question surtout chez l'adulte. Chez l'enfant on trouve cependant pas mal d'observations à ce sujet aussi bien en France qu'à l'étranger.

Parmi les auteurs étrangers, Leyden et Kannenberg sont les premiers qui aient signalé la coexistence de l'angine et de l'albuminurie. Leyden s'exprime ainsi : « Je dois insister sur ce fait que la néphrite peut survenir après l'angine simple, de même que des paralysies peuvent survenir après une angine simple. »

Letzerich a insisté sur la nature infectieuse de ces néphrites essentielles et a décrit « la nouvelle néphrite bactérienne primitive des enfants ». Il l'a observée pendant l'épidémie de Niederraden en 1882, et il a rencontré des cas sporadiques.

En 1887, Mircoli signale « comme forme qui n'a jamais été épidémique » la même néphrite chez les enfants. Pour lui, elle est souvent due au pneumocoque.

En 1889-1890, Loos, Herringham apportent leur part de contribution à l'étude de ces néphrites.

Heubner en 1897, au Congrès de Moscou, déclare avoir vu survenir la néphrite aiguë spontanément chez l'enfant. D'après lui la néphrite est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit, et devient souvent l'origine des néphrites chroniques observées plus tard.

En France, Bouchard, Landouzy établissent le mécanisme d'apparition de la néphrite consécutivement à l'angine.

Dans le travail de Dupeu, 1897, sur les formes légères de néphrites chez les enfants, nous trouvons cette opinion, qu'ordinairemenl les néphrites sont peu graves dans le jeune âge, et que les symptômes de cette affection, apparaissant souvent au cours des maladies infectieuses, disparaissent au bout de quelque temps.

En 1891, Dluski établit le pronostic des principales variétés de néphrite aiguë chez les enfants.

Jeanselme, en 1890, insiste sur la fréquence de l'infection pharyngée précédant la néphrite.

Letainturier de la Chapelle consacre sa thèse à cette idée.

Dans un article de la *Médecine moderne,* 1898, Andriotaki fait un court résumé sur la néphrite aiguë primitive de l'enfant, insistant particulièrement sur sa facile curabilité.

Comby enfin, au Congrès de Médecine tenu à Nancy en 1896, donne lecture de plusieurs observations de néphrite aiguë primitive chez l'enfant. Il insiste surtout sur la nécessité de s'informer de l'état de l'enfant les quelques jours qui ont précédé l'éclosion de l'albuminurie, et il montre que l'on découvre bien souvent un coryza, une légère rhino-pharyngite, ou une amygdalite.

Job, dans sa thèse de 1879, rapporte une série d'observations intéressantes.

Pallegoix, en 1902, retrace les idées principales émises par Comby.

Sigogne, la même année, étudie « la néphrite au cours ou dans la convalescence des angines aiguës non spécifiques ».

OBSERVATION

(Communiquée par MM. les professeurs agrégés Leenhardt et Derrien)

Néphrite aiguë. — Hématurie. — Guérison

La jeune C. L... est une enfant de 7 ans, bien portante habituellement et normalement développée. Dans ses antécédents on retrouve quelques poussées de bronchite de 2 à 5 ans, la varicelle à 4 ans ; aucune autre maladie. Elle est l'aînée d'une famille de 4 enfants tous bien portants. Aucun antécédent héréditaire.

Le 4 mars 1912, les parents remarquent une légère bouffissure des paupières qui donne un aspect spécial de la physionomie, l'enfant est très gai et déjeune de bon appétit. Les urines examinées aussitôt révèlent une quantité considérable d'albumine.

L'examen ne décèle absolument rien d'anormal. Rien aux poumons ni au cœur, ni à l'abdomen ; pas de vomissements ; gorge et langue normales ; pas de fièvre.

L'interrogatoire approfondi dans les moindres détails de ce qui s'est passé dans les jours précédents montre comme unique phénomène pathologique que le 23 février, soit 10 jours auparavant, l'enfant a eu un soir 39° avec

légère rougeur de la gorge ; le lendemain matin la température était à 37°5 et le soir à 36°8. Le surlendemain, la température restant depuis 36 heures au-dessous de 37°, l'enfant reprend sa vie habituelle, ne se plaignant de rien. Elle se trouve parfaitement bien portante jusqu'au 4 mars, début des accidents actuels.

Le 5 mars, l'enfant a été tenue au lit et au lait strictement. Elle paraît en parfait état de santé, s'amusant dans son lit et protestant contre cette immobilisation forcée. Le léger œdème palpébral paraît s'atténuer ; rien ailleurs, pas de fièvre, pouls 88.

L'analyse des urines, très sérieusement faite grâce à la compétence de M. le professeur agrégé Derrien, donne les renseignements suivants :

Quantité, 1600 gr.

Densité à 15°, 1006. Urines pâles, limpides, sans dépôt.

Acidité (en centimètre cube N/10), 90.

Ammoniaque (Ronchèse) par litre, 0 gr. 246.

Urée (Ronchèse) par litre, 5 gr. 48.

Coefficient de L.-C. Maillard $\frac{\text{Az (AzH}^3\text{)}}{\text{Az (Amm.)} + \text{Az d'urée}} = 7{,}2\,\%$

Chlorures (NaCl) par litre, 3 gr. 8.

Albumine (Denigès) par litre, 4 gr. 3.

Le culot de centrifugation très léger laisse voir au microscope les éléments suivants : fins cylindres hyalins recouverts de granulations ou de leucocytes, quelques leucocytes, très rares hématies, quelques cellules épithéliales.

Le 6 mars, l'enfant a eu dans la nuit, sans raison apparente, des vomissements très fréquents ; elle est plus abattue dans son lit, les urines sont rares, 200 gr. ; rien ailleurs.

Le 7, les vomissements ont persisté toute la journée et la nuit malgré une diète hydrique absolue. L'enfant est abattue ; pouls tendu à 108 ; face rouge, congestionnée ; rien ailleurs.

Analyse d'urines :

Quantité	420 cc.
Acidité par litre	550
Ammoniaque	0,915
Urée	8 gr. 12
Coefficient de L.-C. Maillard	16,5 p. 100
Chlorures	1 gr. 1
Albumine	5 gr.
Acétone totale	0 gr. 140
Présence d'acide acétylacétique.	

Culot de centrifugation assez abondant ; nombreux cylindres, la plupart hyalins, nus ou recouverts de leucocytes ; quelques cylindres granuleux à teinte hématique ; quelques cellules épithéliales rénales ; quelques leucocytes et hématies.

Le 8 mars, les vomissements ont légèrement diminué dans les dernières 24 heures ; augmentation de volume des urines. On fait absorber à l'enfant d'assez grandes quantités de sucre, étant donné le chiffre d'acétone assez élevé que renferme les urines. Reprise du lait.

Le 9 mars, l'enfant paraît en bien meilleur état ; la gaieté est revenue ; les vomissements ont disparu ; les urines ont augmenté (1050 cc.). Dans l'analyse on note une diminution de l'acidité (180) et de l'acétone (0 gr. 013). Il n'y a plus d'acide acétylacétique, mais l'albumine est en quantité considérable 7 gr. 5 et les chlorures éliminés ne sont que de 0 gr. 50. Il est vrai que pendant

18 heures l'enfant n'a pris que de l'eau sucrée glucosée et bicarbonatée. L'urée est à 11 gr. 46.

Du 9 au 12, l'enfant paraît dans son lit en bon état ; pas de température, le pouls est calme, les digestions bonnes. Alimentation : 1200 de lait et un demi-litre d'eau d'Evian.

Le 13, hématurie ; les urines sont franchement rouges ; aucun autre phénomène : l'enfant est gaie, sans malaise et sans température. Urines 1400 cc. Urée 6 gr. 81. Chlorures 2 gr. 4. Albumine 2 gr.

Le 14, la coloration des urines est moins rouge que la veille.

Jusqu'au 16, les urines restent rosées ; l'état général se maintient exellent.

Urines 700 cc. Acidité 22. Urée 12 gr. Chlorures 1 gr. 9. Albumine 1 gr. 6. L'examen microscopique du culot montre de nombreux leucocytes, des cylindres de leucocytes et des cylindres d'hématies.

Le 17, la température est montée à 39°7 ; l'enfant tousse un peu et se plaint inopinément d'une douleur au côté gauche ; à l'auscultation on trouve quelques crépitants fins et sous-crépitants ; il y a de la submatité.

Les urines sont diminuées de quantité, 400 cc. ; l'acidité est de 180 ; il y a 7 gr. 65 d'urée, 1 gr. 5 de chlorures et 1 gr. 5 d'albumine. L'acétone a fait une nouvelle apparition, mais en très légère quantité : 0 gr. 003 par litre.

Le culot de centrifugation donne des résultats analogues aux précédents.

Les 18, 19 et 20 mars, tous ces phénomènes s'atténuent et disparaissent ; les urines deviennent franchement claires ; l'état général est bien meilleur. Le taux de l'albumine descend à 0 gr. 25 ; les chlorures et l'urée

sont éliminés en quantités satisfaisantes : 2 gr. 8 et 10 gr. 82 pour un volume d'urines de 1100 cc.

Le culot de centrifugation est très réduit par rapport au précédent, il est constitué par les mêmes éléments.

Du 21 au 25 mars, excellent état ; rien à l'examen des divers appareils, l'enfant est gaie dans son lit. L'albumine n'est plus qu'en légères traces, constituée surtout par de la mucinoïde. Urée 13 gr. 5. Chlorures 2 gr. 7.

Le 26 mars, épistaxis avec pouls plus fort que de coutume.

Du 26 mars au 8 avril, la situation persiste la même. A un examen minutieux on ne constate autre chose qu'un pouls fort, un peu tendu, un cœur trop énergique. L'enfant prend régulièrement un litre et demi de lait et 500 gr. d'eau d'Evian.

L'analyse d'urine du 1er avril donne un volume de 1000 cc., une acidité de 170, 15 gr. 38 d'urée, 3 gr. 4 de chlorures et des traces légères d'albumine avec un peu de mucinoïde.

Le culot de centrifugation est très faible : Débris épithéliaux dont certains à teinte hématique ; quelques leucocytes et hématies ; rares cylindres hyalins à leucocytes ou à granulations hématiques ; quelques cellules rénales.

Du 8 au 25 avril, la situation persiste sans changement : rien à l'examen ; bon état général ; traces faibles d'albumine ; zone nébuleuse très faible au contact de l'acide azotique ; anneau nébuleux de mucinoïde plus net au contact de l'acide citrique.

On permet à l'enfant de se lever.

Du 30 avril au 30 mai, l'alimentation est reprise progressivement sans modification des urines. Il y a des

traces indosables d'albumine. Le dépôt, après centrifugation, renferme quelques leucocytes, de rares hématies et pas de cylindre.

Le 10 juillet, l'analyse d'urine ne décèle pas d'albumine ; il y a des traces de mucinoïde, 12 gr. 25 d'urée et 6 gr. de chlorures.

Dans le dépôt il n'y a toujours pas de cylindres.

Du 10 juillet au 10 août, cure à Evian où les traces d'albumine disparaissent définitivement. L'enfant prend le matin au lit, en trois fois, une quantité d'eau qui au début est de 300 gr. et qu'on porte progressivement à 600. Cette eau détermine une diurèse rapide et la première élimination se fait demi-heure après l'absorption de la première eau. La perméabilité rénale est satisfaisante.

Voilà donc une observation aussi détaillée et complète que possible, dans laquelle nous pouvons puiser des manifestations symptomatiques multiples qu'il nous sera facile de rattacher à telle ou telle fonction rénale, une évolution qui, grâce à un traitement prolongé et sévère, a donné des résultats satisfaisants, des éléments étiologiques enfin particulièrement intéressants.

Au point de vue symptomatique, la néphrite a débuté dix jours après l'angine et c'est tout à fait par hasard ou plutôt grâce à une attention minutieuse et une surveillance de chaque instant que chez cette enfant, très gaie et d'apparence bien portante, les parents se sont aperçus d'une légère bouffissure des paupières. Ceci a provoqué l'examen des urines et révélé la présence d'albumine.

Ce début insidieux dans les néphrites est, l'on peut

dire, très fréquente. Rarement on relate de violentes douleurs lombaires avec des vomissements, oligurie et température élevée.

Bien plus souvent ce sont des manifestations légères qui traduisent l'altération de telle ou telle fonction rénale : tantôt rétention chlorurée et par suite œdème sous-cutané, palpébral ou malléolaire surtout marqué le matin, tantôt rétention azotée avec céphalée, vomissements ; anorexie, troubles visuels, etc. ; tantôt enfin, un examen clinique minutieux ne décelant rien, ce sera l'analyse des urines qui révèlera l'albuminurie.

De là la nécessité de faire l'examen systématique des urines toutes les fois qu'un enfant présente une angine. La recherche de l'albumine doit être faite plusieurs fois à la période aiguë de la maladie et elle doit être faite encore dans la convalescence ; les accidents rénaux souvent apparaissent huit, dix, quinze jours après la guérison de l'amygdalite. Il est donc bon d'examiner les urines une dernière fois quinze jours après la guérison apparente ; à ce prix seulement on pourra être sûr de ne pas laisser passer inaperçue une néphrite.

La fillette qui est l'objet de notre thèse a fait une néphrite dans laquelle on peut dire que toutes les fonctions rénales ont été troublées. Elle n'a pas réalisé un syndrome unique d'insuffisance rénale, mais elle a fait une synthèse de syndromes connus actuellement et c'est ce qui arrive le plus souvent en clinique. Widal distingue quatre grands syndromes au cours de la néphrite : l'albuminurie, le syndrome d'hypertension artérielle, la chlorurémie et l'azotémie.

L'*albuminurie* est le symptôme capital de la néphrite et c'est celui dont Bright avait fait le synonyme d'altération rénale. Notre fillette en a présenté des quan-

tités considérables dès le début (7 grammes), puis la dose est allée décroissant pour arriver à l'état de traces impondérables au bout de 20 jours. Ces traces ont persisté près de 3 mois pour disparaître définitivement au mois de juillet. En même temps que l'albuminurie, l'urine renfermait des cylindres qui traduisaient l'atteinte du parenchyme rénal. Ces cylindres hyalins et grumeleux, très nombreux dès le début, ont subi une diminution parallèle à celle de l'albuminurie. Ils ont disparu cependant plus rapidement que cette dernière, et, au 20 mai, l'analyse du dépôt après centrifugation donnait une réponse négative pour les cylindres. Il restait encore quelques leucocytes et hématies.

Le *syndrome cardio-vasculaire* se retrouve dans notre observation. Le cœur, sans présenter un bruit de galop à la pointe ni un éclat diastolique à la base, et par moment trop énergique, et ses bruits s'entendent plus forts et plus rapides que normalement.

Le pouls est hypertendu, sa tension n'est pas notée, mais nous relevons deux manifestations de cette hypertension : ce sont l'hématurie et l'épistaxis. L'hématurie apparaît au bout de 8 jours et persiste tout en s'atténuant pendant plus de 48 heures. L'épistaxis est légère et survient au bout de 20 jours alors que l'analyse d'urine ne décèle que des traces d'albumine avec une perméabilité chlorurée et azotée à peu près normale.

La *chlorurémie* a été une des premières manisfestations puisque, par l'œdème palpébral et l'aspect spécial de la physionomie qu'elle a déterminé, elle a attiré l'attention du côté des urines. Les analyses donnent des quantités très faibles de chlorure ; elles s'expliquent en partie, puisque la malade est au régime

hydro-lacté absolu, et que par litre de lait il n'y a que 2 gr. 50 de NaCl. Cependant certains jours, et particulièrement au début, l'enfant n'élimine dans les 24 heures que 0 gr. 50 ; vers le 13 mars, la quantité s'accroît à 3 gr., elle diminue de nouveau à 2 gr., 1 gr. 50, et 0 gr. 75 le 17 mars, jour pendant lequel l'enfant accuse des symptômes pulmonaires. Puis l'élimination chlorurée se rétablit et devient à peu normale dans le mois d'avril. Cette chlorurémie s'est traduite par quelques troubles dont le premier déjà signalé a été l'œdème palpébral. Il est intéressant de noter en second lieu la coïncidence des phénomènes respiratoires et de la diminution des chlorures. Vers le 17 mars, l'enfant tousse et présente à la base un foyer de crépitants fins avec quelques sous-crépitants et de la submatité. Le taux des chlorures est à 0 gr. 70 environ. N'est-il pas plausible d'admettre que la rétention chlorurée a créé au niveau du poumon une zone d'œdème se traduisant par la symptomatologie observée ?

Les accidents d' « urémie respiratoire » sont, en effet, bien souvent imputables à la chlorurémie. Sans parler de l'œdème pharyngo-laryngé qui peut être, comme l'a montré Dieulafoy, le symptôme révélateur d'une néphrite latente, la chlorurémie respiratoire est susceptible de revêtir des formes très variées. L'hydrothorax double, la pleurésie brightique si souvent localisée du côté droit, relèvent manifestement de cette pathogénie. Il en est de même des accidents de « bronchite albuminurique », de ces œdèmes passifs du poumon si commun chez les sujets atteints du mal de Bright, et particulièrement étudiés par Lasègue. L'aggravation des symptômes respiratoires sous l'influence du régime chloruré, l'action puissante et rapide de la

cure de déchloruration, montrent que ce ne sont là que des localisations thoraciques de l'hydratation et de la chlorurémie.

L'*azotémie* enfin se traduit dans notre observation par la rétention de l'urée. Cette rétention déjà sensible dans la première analyse d'urine (8 grammes environ en 24 heures) malgré une absorption de lait abondante), devient plus nette dans celle du 7 mars (à peine 4 grammes). A ce moment-là, l'enfant présente des vomissements fréquents et une altération assez profonde de l'état général. Puis l'élimination uréique augmente, atteint 12 grammes et diminue de nouveau lorsque survient l'hématurie.

Plus tard, lorsque l'enfant n'a plus que des traces d'albumine, le taux normal de l'urine devient normal. En somme la retention uréique n'a été nette que pendant 4 à 5 jours, et, peut-on dire, moins importante que la rétention chlorurée. Lorsque l'urine a décelé une quantité de 4 gr. d'urée en 24 heures, l'enfant était restée presque toute la journée à la diète hydrique.

D'ailleurs en même temps (et c'est pour cela que le le régime a été aussi sévère) l'enfant a présenté ces vomissements qu'il nous paraît plus rationnel de rattacher à l'acidose coexistante qu'à la rétention d'urée. L'analyse donne en effet une acidité de 550 cc. de la solution décinormale de soude. Cette acidité, quoique difficile à établir, ne varie chez le sujet normal que de 2 à 300 cc. L'acidose est donc évidente et peut à elle seule expliquer les vomissements. L'enfant mise à l'eau sucrée et bicarbonatée ne vomit plus au bout de 2 jours et en même temps on voit l'acidité diminuer à 180. Au moment où l'acidose a été le plus marquée, l'analyse a noté la présence de 0 gr. 14 d'acétone. Ceci ne doit pas

nous surprendre et sa cause doit être recherchée dans l'inanition qu'ont entraîné les vomissements et le régime sévère.

Enfin, pour terminer la série de réflexions que nous ont fournies les diverses analyses d'urines, nous remarquerons que le 7 mars, au moment où l'organisme était le plus atteint, le coefficient de L.-C. Maillard a augmenté à 16,5 p. 100. Normalement ce coefficient varie entre 5 et 7 p. 100, et l'accroissement du rapport $\frac{\text{Az (Az H}^3)}{\text{Az (Amm)} + \text{Az d'urée}}$ dénote un fléchissement de la fonction hépatique. C'est là un phénomène passager et par suite bénin s'expliquant par suite du surcroît de travail exigé à la cellule hépatique vicariante de la cellule rénale.

Au point de vue évolutif, notre fillette est arrivée à une guérison parfaite et progressive au bout de 4 mois. Pendant tout ce temps elle a été surveillée de très près. Mise au début au régime lacté absolu avec de l'eau d'Evian, elle n'a eu l'autorisation de modifier son alimentation que lorsque l'analyse des urines ne décelait depuis longtemps que des traces indosables d'albumine et traduisait une perméabilité rénale satisfaisante. Le régime dans la néphrite aiguë est très important et c'est bien souvent de lui que dépend le processus de guérison. Sévère et prolongé, il donnera au filtre rénal un travail minimum et permettra au parenchyme de se cicatriser. On pourra dire qu'une néphrite sera guérie lorsqu'il n'y aura plus de cylindres ni d'albumine dans les urines. De plus il sera bon de faire l'épreuve de la perméabilité rénale, soit, suivant la méthode de Castaigne et Achard, par le bleu de méthylène, soit par la phlorydzine, soit encore par la polyurie expérimentale. C'est cette dernière méthode qui dans notre cas particulier a été utilisée.

Pendant que l'enfant faisait sa cure à Evian, on s'était rendu compte que l'eau passait rapidement au bout de demi-heure, et son alimentation était maxima dans la deuxième demi-heure après la digestion. Surtout étudiée par Guyon et Albarran, cette méthode est employée le plus souvent pour rechercher les lésions intralatérales des reins ; mais elle peut servir pour l'étude du fonctionnement rénal étudié dans son ensemble. Elle est basée sur les deux lois suivantes : « Le rein malade a un fonctionnement beaucoup plus constant que le rein sain et sa fonction varie d'autant moins d'un moment à l'autre que le parenchyme est plus détruit. »

« Lorsqu'un des deux reins est seul malade ou plus malade que l'autre, si la fonction urinaire vient à être troublée, il modifie sa fonction moins que l'autre ; l'écart entre les deux glandes s'exagère surtout par les variations dans le fonctionnement du rein sain. »

Expérimentalement, voici comment l'on agit. On recueille les urines de demi-heure en demi-heure. Au bout de la première demi-heure on fait boire au malade deux à trois verres d'eau ou de tisane diurétique. Chaque échantillon d'urine recueilli séparément est analysé ; le premier échantillon sert de point de comparaison pour étudier les modifications de l'urine dans les autres échantillons. A l'état normal, « la quantité d'urine éliminée augmente après l'absorption d'eau. Cette augmentation, déjà sensible dans la deuxième demi-heure de l'expérience », atteint son maximum à la fin de cette deuxième demi-heure ou au commencement de la suivante. Avec ces données il est facile de se rendre compte si la barrière rénale est perméable ou non.

Au point de vue éliologique, il semblerait à un examen rapide et superficiel que la néphrite s'est installée

d'emblée et que le processus infectieux s'est primitivement localisé sur le rein. Il n'en est rien, car une recherche minutieuse sur ce qui s'était passé les jours précédents a permis de découvrir une angine 10 jours auparavant. Y a-t-il une relation entre cette angine et la néphrite? Certainement oui, et depuis les travaux de Bouchard, Kannenberg, Landouzy et Comby, on connaît la fréquence du retentissement sur le rein des infections amygdaliennes. Bouchard, en 1881, dans un travail sur les néphrites infectieuses, lu au Congrès international de Londres, compta l'amygdalite aiguë au nombre des maladies qui peuvent se compliquer d'albuminurie infectieuse. En 1883, dans son cours de la Faculté, consacré aux maladies infectieuses, il revient sur cette question. Il cite une observation des plus caractéristiques. Un jeune homme de 24 ans entre à l'hôpital pour une amygdalite. Son urine examinée renferme de l'albumine rétractile et des bactéries ; l'état général s'aggrave, des douleurs occupent plusieurs articulations et gaines tendineuses, la diarrhée apparaît à plusieurs reprises et le malade succombe le 29e jour, emporté par des accidents typhoïdes. A l'autopsie on ne trouve que des lésions inflammatoires banales qui relèvent de l'amygdalite primitive.

Rannenberg, en Allemagne, étudie la néphrite dans les maladies infectieuse et écrit : « On sait par expérience que toutes les maladies inflammatoires des amygdales sont accompagnées de néphrites aiguës. » Et il cite 3 faits où l'on a pu constater une certaine quantité de microbes dans l'urine.

Landouzy, deux ans plus tard, à propos d'un jeune homme entré à la Charité pour une angine légère, a aussi abordé l'étude de l'amygdalite infectieuse. Ayant trouvé des microorganismes dans le sang et l'urine, il

fut amené à poser les conclusions suivantes : « Amygdalite et néphrite sont souvent monnaie de la même pièce et l'expression polymorphe d'une même infection. »

Comby a rapporté une série d'observations d'angines aiguës banales se compliquant de néphrites.

L'infection pharyngée sert en effet de porte d'entrée aux agents microbiens dans l'économie ; c'est un fait que Jeanselme a mis en relief et qui a été l'objet des thèses de Sigogne et de Pallegoix.

La pathogénie de nombre de néphrites infantiles s'éclaire à la lueur de ces notions qui rendent aussi compte de la néphrite au cours de la soi-disant fièvre ganglionnaire ; celle-ci n'est qu'une infection légère de la gorge avec participation énorme des ganglions. Dans tous ces cas, il s'agit d'infections banales à staphylocoques, streptocoques, pneumocoques ou autres microbes qui vivent normalement dans le milieu buccal.

Certains auteurs ont cependant essayé de compliquer ces notions ou, du moins, ont donné à l'angine une signification clinique tout autre ; ils ont fait de la néphrite une complication scarlatineuse ou rhumatismale suivant qu'ils rattachaient l'angine à la scarlatine ou au rhumatisme.

On connaît en effet la fréquence des néphrites au cours ou dans la convalescence de la scarlatine et il semblait tout naturel d'admettre que celle-ci était en cause toutes les fois qu'une angine se compliquait de néphrite.

L'angine est en effet un symptôme important de la scarlatine et en marque habituellement le début ; on concluait que la scarlatine avait évolué d'une façon anormale sans éruption.

Il est cependant bien difficile d'admettre une scarlatine ne se traduisant cliniquement que par l'angine sans exanthème ni desquamation, et sans caractère épidémique. Il y a bien les formes frustes, mais la notion d'épidimicité persiste.

D'autre part, Benoit-Gonin a essayé de ranger l'angine parmi les manifestations rhumatismales. Il cite l'exemple d'un malade sujet aux angines simples ; dans deux de ces poussées, l'urine examinée renferme de l'albumine, et comme, au cours de la deuxième, des douleurs apparaissent dans les articulations, cela suffit à l'auteur pour affirmer la nature rhumatismale de l'angine.

Voilà donc les diverses interprétations que l'on a données à l'angine se compliquant de néphrite. Dans quel cadre devons-nous faire rentrer le cas qui nous intéresse ? Il semble bien que nous devions conclure à une néphrite au cours d'une angine banale. Il n'est pas question ici, en effet, du rhumatisme, et il va nous être bien facile d'éliminer la scarlatine.

En faveur de celle-ci, il y aurait ce fait qu'on l'admet en principe, peut-on dire, toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une néphrite de cause inconnue. De plus, la fillette a eu une légère poussée fébrile dix jours avant une angine, qui pourrait faire songer à un de ces cas de « scarlatina sine scarlatinis ». Mais ces arguments sont battus en brèche si l'on considère l'extrême bénignité des accidents amygdaliens, l'absence complète d'éruption et de desquamation, enfin et surtout le manque de contamination aux autres enfants quoiqu'il n'y ait pas eu d'isolement. Cette néphrite est donc bien liée à une infection très légère dont la porte d'entrée a été l'amygdale. Il s'ensuit que l'observation est intéressante par son côté étiologique, puisqu'elle montre avec

quelle facilité une infection amygdalienne, tout à fait bénigne et qui avait à peine attiré l'attention, a pu altérer le parenchyme rénal et entraîner une complication beaucoup plus sérieuse, digne de soins très sévères et prolongés.

Le mécanisme par lequel s'est produite cette néphrite s'explique aisément.

Les amygdales palatines, les organes lymphatiques qui forment au fond de la gorge le cercle amygdalien de Waldeyer sont une barrière contre les infections et, comme le disent Teissier et Roques : « Ce sont des organes de défense qui constituent à l'entrée des voies digestives et aériennes un véritable cordon sanitaire. Ce sont des filtres vigilants interposés sur le chemin de la grande circulation. Si cette première barrière est forcée, l'infection locale est réalisée, mais pour devenir générale elle devra encore franchir les ganglions qui sont l'aboutissant des lymphatiques des diverses amygdales et constituent un second cercle défensif. »

Ainsi l'infection amygdalienne est le premier stade de l'infection générale dont les complications à distance représentent une seconde phase.

Et c'est bien ce qu'a exprimé Landouzy dans la phrase citée plus haut. Nous pourrons dire donc que angine et néphrite ne sont que l'expression anatomo-clinique d'une même infection.

Lasègue d'ailleurs a été le premier, en 1868, à insister sur ce fait que l'angine est une maladie générale : « Le malade, écrit-il à propos de l'herpès guttural, est bien avant l'apparition des phénomènes topiques sous le coup d'un malaise fébrile qui ne le cède en rien aux fièvres initiales les plus menaçantes. Elévation de la tem-

pérature, fréquence du pouls, céphalalgie, sécheresse pénible de la peau, ardeur de la bouche, enduit caractérisque de la langue, sensation de courbature, dépression inquiète, en un mot, tous les signes qui concourent à former l'exemplaire classique des grandes fièvres à leur début. »

A côté de l'angine se compliquant de néphrite nous devons placer la rhino-pharyngite et les végétations adénoïdes.

Comby a publié pas mal d'observations de néphrites aiguës dans l'histoire desquelles on relève une rhino-pharyngite quelques jours avant l'apparition de l'albumine. La pathogénie invoquée pour l'angine pourrait être répétée ici.

Il en est de même des cas de néphrites aiguës chez des porteurs de végétations adénoïdes. Celles-ci favorisent l'apparition des infections dans le rhino-pharynx et jouent pour la néphrite un rôle prédisposant plutôt que déterminant.

Voilà donc un groupe d'infections qui est capable de retentir sur le rein et qu'il ne faut pas méconnaître, car il doit être soupçonné toutes les fois qu'une néphrite aiguë s'installe insidieusement sans cause apparente. Un examen de la gorge ou du nez découvrira tantôt des végétations adénoïdes avec congestion de la muqueuse rhino-pharyngée.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Telles sont les quelques réflexions que l'observation princeps nous a procurées, et, sans essayer d'être complet sur l'étude de la néphrite aiguë dite « essentielle » chez l'enfant, nous devons reprendre quelques points sur lesquels nous n'avons pas jusque-là suffisamment insisté.

Etiologie. — D'abord étiologiquement, si nous avons montré la nature infectieuse de ces néphrites et l'importance de la porte d'entrée rhino-pharyngée, il y a d'autres sources d'infection capables d'entraîner une complication rénale qui paraît primitive. Les unes sont locales, les autres générales. Parmi les infections locales nous signalerons l'impétigo, l'eczéma impétigineux si fréquent chez l'enfant. La néphrite survient concurremment ou succède à ces manifestations cutanées ; sans faire intervenir les théories métastatiques incriminant les guérisons trop rapides de ces dermatoses, il est facile de comprendre que les microbes siégeant dans la suppuration cutanée arrivent aux ganglions par les voies lymphatiques, et de là peuvent, après avoir franchi la barrière ganglionnaire,

être livrés à la circulation générale : d'où l'infection rénale possible.

Les gastro-entérites, dont les enfants sont si fréquemment affligés, peuvent à leur tour se compliquer d'une néphrite.

Parmi les maladies générales, toutes peuvent retentir sur le rein, mais il ne s'agit plus alors de néphrite essentielle, puisque la cause est nettement connue.

Il est cependant deux infections qui parfois passent inaperçues, et qui ont une prédilection toute marquée pour le rein: ce sont la scarlatine et la diphtérie. La première est surtout importante, et l'on sait qu'elle crée une proportion considérable des néphrites de l'enfant. Dans certains cas, ses manifestations cliniques sont estompées et insoupçonnées jusqu'au jour où une albuminurie la fait rechercher, et l'on apprend alors que l'enfant a eu une angine avec atteinte plus ou moins profonde de l'état général, en même temps que dans le pays il y avait une épidémie de scarlatine.

Cette notion d'épidémicité est de la première importance.

Les causes que nous venons d'envisager retentissent sur le rein, nous avons vu par quel mécanisme; mais l'on peut se demander pourquoi, chez certains enfants, cet organe est lésé avec prédilection et par des infections tout à fait bénignes. Castaigne et Rathery ont particulièrement étudié ce fait et ils ont montré que quelques enfants apportent avec eux à la naissance une prédisposition morbide qui fait que le rein laisse passer l'albumine sous l'influence de la cause la plus légère. Il s'agit d'une « débilité rénale héréditaire ». Les parents de ces enfants sont atteints de néphrite, et ceux-ci présentent quelquefois des lésions profondes

et anciennes de leurs reins, quoique dans leurs antécédents on ne relève aucune cause étiologique importante. Ils sont en général malingres et mal développés. A plusieurs reprises leurs urines ont présenté de l'albumine à la suite « d'un excès alimentaire, d'une indigestion, d'une marche un peu longue, d'une infection légère ».

Certains signes révélateurs permettent de reconnaître la tare morbide: ce sont l'absorption de blancs d'œufs à jeun à l'épreuve de la chlorurie alimentaire.

Cependant bien souvent cette débilité rénale héréditaire ne se retrouve pas dans les antécédents, comme c'est le cas pour notre observation.

Symptomatologie. — Nous avons insisté sur les particularités symptomatiques de la néphrite dite essentielle, surtout sur son début très fréquemment insidieux. L'albuminurie est le signe capital avec la présence de cylindres dans le culot de centrifugation. Le taux d'albumine est généralement modéré, 1 à 2 grammes, mais peut quelquefois atteindre des doses colossales, 10 et 12 grammes. La gravité de la néphrite n'est pas proportionnelle à la quantité d'albumine, et l'on voit parfaitement bien guérir des enfants qui en avaient plus de 10 grammes.

L'hématurie est assez fréquente. Sa valeur pronostique est diversement interprétée. Lecorché et Talamon pensent qu'elle aggrave le pronostic et qu'elle doit faire redouter le passage à la chronicité.

Dluski estime qu'elle n'a aucune importance. On a en effet pas mal d'observations avec hématurie et qui cependant sont arrivées à guérison parfaite.

Pronostic. — La néphrite essentielle a une évolution variable qui dépend beaucoup moins de l'intensité de l'infection que du terrain sur lequel elle se développe.

Mais, le plus souvent, la guérison complète est obtenue au bout de quelques semaines.

Comby formule que ces néphrites sont simples et bénignes : « Eclairé par les premiers exemples que j'avais observés, écrit-il, je n'ai pas hésité pour mes derniers malades à annoncer aux élèves qui m'entouraient la terminaison favorable et rapide... Malgré la quantité d'albumine contenue dans les urines, malgré l'intensité de la fièvre, malgré l'anasarque, malgré les dépôts hémorragiques et fibrineux, je n'hésitai pas à pronostiquer la disparition de l'albumine et la guérison dans la huitaine. »

C'est là une formule que nous devons adopter, mais qui quelquefois souffre des exceptions. Sans envisager les phénomènes urémiques immédiats qui peuvent entraîner la mort, la néphrite essentielle peut, comme tous les néphrites aiguës, passer à la chronicité, et de plus un enfant qui a présenté une première poussée, doit être surveillé de près dans la suite.

Jaccoud écrit : « La forme aiguë, primitive ou secondaire, de la néphrite, peut guérir radicalement, mais il faut savoir que l'individu ainsi guéri doit s'astreindre à une surveillance incessante, et qu'il est grandement exposé à la récidive des accidents dont il a triomphé... » ; il a ce que Castaigne a décrit sous le nom de « débilité rénale acquise ».

Traitement. — Le traitement devra être sévère et prolongé jusqu'à ce que la cicatrisation rénale soit complète.

On devra d'abord mettre l'enfant au *repos absolu au lit* pour éviter toute congestion rénale par le froid ou une imprudence quelconque. Il faudra ensuite apporter le mois de toxines possible dans l'organisme et débarrasser celui-ci de celles qu'il renferme.

1° Eviter l'apport de toxines. — Comme alimentation on ne donnera que du lait et de l'eau pure (Evian, Vittel). La cure lactée est certainement le régime de de choix et l'aphorisme de Chrestien « le lait ou la mort » doit être respecté. Le lait est ordinairement bien supporté par les enfants, et il doit être continué jusqu'à ce que les urines ne renferment plus trace d'albumine.

Puis on reprendra progressivement l'alimentation ordinaire en commençant par des végétaux, des œufs, puis de la viande blanche, etc., etc.

1° Désintoxiquer l'organisme. — On peut agir sur les divers émonctoires et en particulier le rein lui-même, le tube digestif et la peau.

a) *Le rein*. — On essaiera de décongestionner par l'application de ventouses scarifiées sur la région lombaire, ou de sangsues dans le triangle de J.-L. Petit. On facilitera la diurèse par l'absorption de lactose ou de glucose, et on évitera les diurétiques toxiques ou irritants comme la théobromine, les sels de potasse.

b) *Le tube digestif*. — On purgera le malade une fois tous les 10 jours environ. On préconisera les purgatifs drastiques.

Les grands lavements froids auront un effet diurétique le plus souvent satisfaisant.

c) *La peau.* — On stimulera la peau par des frictions sèches, des bains chauds à 38°.

M. Carrieu préconise les bains d'air chaud qui amènent une sudation abondante et régularisent les échanges organiques.

Voilà les grandes lignes du traitement de la néphrite aiguë essentielle. Institué dès l'apparition des symptômes et rigoureusement suivi tant qu'il y a de l'albumine dans les urines, on doit obtenir une guérison définitive en quelques semaines.

A. — **Néphrites aiguës avec angines**

Observation II

(*In* thèse Pallegoix, n° X)

Le 25 juillet 1901, M. Comby est appelé à voir une jeune fille de 12 ans 1/2, malade depuis un mois environ.

Rien de notable dans les antécédents héréditaires.

Une sœur serait morte, il y a trois ans, d'une méningite tuberculeuse.

Dans les antécédents personnels, on trouve une rougeole, il y a six ans. La fillette est réglée depuis peu. Elle a eu ses premières règles le 22 mai, et une seconde fois le 18 juillet.

Vers le 24 ou le 25 juin, léger mal de gorge avec fièvre, l'enfant a gardé le lit une journée. Les urines n'ont pas été examinées à ce moment.

Le 7 juillet, deux semaines après, les paupières sont un peu enflées, et l'on constate que les urines sont peu abondantes et ont une couleur foncée ; en même temps torticolis et courbature.

Le médecin appelé constate une albuminurie très abondante (plus de 7 gr. par litre). Il prescrit le repos et le régime lacté absolu.

Rapidement l'albumine diminue, et le jour où M. Comby voit la malade, le précipité donné par la chaleur est peu abondant.

Il y a eu ces jours derniers des hématuries. Un examen microscopique du culot de centrifugation a montré la présence d'hématies et de cylindres granuleux avec streptocoques pyogènes.

Etat actuel. — Enfant grande, pâle, maigre, ne présentant pas d'œdème de la face. Langue nette, pas d'embarras gastrique, pas de douleurs rénales. L'examen du ventre montre qu'il y a du clapotage gastrique jusqu'à l'ombilic.

On ne sent pas le rein et il n'y a pas de sensibilité anormale.

Battements du cœur réguliers et bien frappés.

Pas de bruit de galop. Rien au poumon. Pas de glandes au cou.

En somme, néphrite aiguë datant de trois semaines à un mois, ayant succédé à un mal de gorge.

L'enfant n'a pas eu de fièvre éruptive, et, malgré les antécédents collatéraux, on croit devoir éliminer la néphrite tuberculeuse.

Traitement :

1° Repos absolu au lit ;

2° Régime lacté absolu ;

3° Purgatif énergique une fois par semaine ;

4° Frictions sèches au gant de crin matin et soir ;

5° Acide gallique (0,20 centigr. par jour).

D'après les renseignements qui nous ont été fournis dans la suite, nous avons appris que la petite malade était complètement guérie, et que l'albumine n'avait plus jamais reparu dans les urines.

B. — Néphrites aiguës avec rhino-pharyngite

Observation III

(Résumée. — Comby)

Lucien S..., âgé de 4 ans 1/2, entre le 27 juillet 1899, à l'Hôpital des Enfants-Malades.

Antécédents personnels. — Otorrée double il y a 2 ans.

Maladie actuelle. — Il y a 15 jours, rhino-pharyngite, toux, éternuements.

Le 24 juillet, urines rouges et peu abondantes.

L'enfant se plaint de douleurs dans le ventre et dans les reins en même temps qu'apparaît de la fièvre. Bouffissure de la face.

A son entrée à l'hôpital, on constate des urines rouges, mousseuses, contenant des flots d'albumine (12 gr. 80); il y a de la pollakiurie.

A l'examen microscopique on constate la présence dans l'urine de cylindres hyalins, de globules rouges et de leucocytes.

Traitement. — Repos au lit. Cataplasme sinapisé sur la région des reins. Tous les 2 jours, prendre le matin à jeun une cuillerée à soupe d'huile de ricin. Faire prendre matin et soir un des paquets suivants :

Acide gallique..... } ââ 0 gr. 05
Ergot de seigle..... }

Le 6 août, diminution notable de l'albumine, 5 grammes par litre.

Le 8, 2 grammes par litres.

Le 11, 0 gr. 12 par litre.

Le 14, urines claires, plus d'albumine.

L'enfant sort guéri le 20 août.

Depuis nous avons eu l'occasion de le revoir à des dates espacées et jusqu'en 1901. L'analyse des urines n'a plus décelé la moindre trace d'albumine.

C. — Néphrite aiguë dans les observations desquelles on constate l'existence des végétations adénoïdes

Observation IV

(Résumée. — Letainturier de la Chapelle)

R... Paul, 5 ans, a eu la rougeole vers 3 ans, la varicelle à 4 ans. Après la rougeole on a constaté un écoulement par les oreilles et le nez. Les parents l'ont amené à la consultation de l'hôpital Laribosière le 20 mai 1897, parce qu'ils avaient remarqué depuis 8 jours un aspect hématurique particulier de son urine. Il accuse aussi de la céphalalgie et présente de l'œdème de la face.

On trouve chez lui de l'albumine en abondance et un peu d'hématurie.

Nous avons également pu remarquer un facies adénoïdien assez prononcé et nous l'avons fait examiner au point de vue des lésions du naso-pharynx. On lui a effectivement trouvé des végétations adénoïdes.

Sous l'influence du régime lacté absolu, l'albumine a cessé peu à peu pour disparaître bientôt complètement.

D. — Néphrites avec manifestations cutanées

Observation V

(Résumée. — Rilliet et Barthez)

Eczéma. — Néphrite consécutive

Un enfant de 2 ans est atteint d'eczéma six semaines après sa naissance. L'enfant après avoir bu de l'eau froide est pris subite-

ment de fièvre, de perte d'appétit, d'insomnie; l'œdème se montre aux membres ; trois jours après l'anasarque est généralisé. Les urines sont très albumineuses et sanglantes; en même temps, diarrhée violente, vomissements ; on prescrit des lavements et des bains de vapeur.

Les symptômes s'amendent et la guérison complète a lieu au bout de 25 jours. L'enfant, vu la dernière fois 2 ans 1/2 après, est en très bonne santé.

Observation VI

(Résumée. — Lévy)

Néphrite aiguë, suite d'impétigo

Un enfant de 4 ans, avant son entrée à l'hôpital, a eu de l'impétigo du cuir chevelu. Sept jours après, œdème à la face. Cet œdème est généralisé le jour de son entrée.

On constate en même temps des pustules d'impétigo disséminées à toute la tête ; gros ganglions au cou.

Examen des urines : 2 grammes d'albumine par litre, et cylindres.

Au bout de quatre jours, il n'y a que 1 gr. d'albumine ; l'œdème persiste considérable au scrotum.

4 jours après, traces d'albumine ; œdème des membres.

La guérison survient 3 semaines après le début.

CONCLUSIONS

I. — Il existe chez l'enfant une néphrite aiguë dite « essentielle » qui relève en réalité d'une infection légère. Celle-ci siège le plus souvent dans le rhino-pharynx (angine, pharyngite, coryza, etc.), quelquefois au niveau de la peau ou du tube digestif; d'autres fois enfin c'est une infection générale (la scarlatine par exemple) qui a évolué anormalement.

II. — Cette néphrite aiguë peut apparaître tardivement, plus de quinze jours après la guérison de l'infection primitive.

Sa symptomatologie est celle de toutes les néphrites, et toutes les fonctions rénales peuvent être altérées.

III. — Le pronostic est le plus souvent bon, la guérison étant la règle et la mort l'exception.

Le passage à la chronicité n'est pas rare, et il est curieux d'observer qu'il n'y a aucun rapport entre l'intensité de l'infection et l'évolution de la néphrite ; une angine légère pourra se compliquer d'un mal de Bright, tandis qu'une angine avec atteinte assez profonde de

l'état général entraînera une poussée aiguë simplement passagère et curable au niveau des reins. Il y a là une question de terrain importante.

IV. — Le traitement comprend surtout le repos au lit et le régime lacté. Les purgatifs drastiques, les lavements froids, la révulsion lombaire sont de grande utilité. Il faudra exercer une surveillance sévère et prolongée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Achard et Castaigne.— Communication de la Société médicale des hôpitaux, 1897.

Andriotaki. — De la néphrite aiguë primitive chez l'enfant (Méd. moderne, 1898).

Benoit-Gonin.— Etude clinique sur l'albuminurie des angines (Th. de Lyon, 1882).

Bergé. — Pathogénie de la scarlatine (Th. de Paris, 1895).

Bouchard. — Des néphrites infectieuses (Rev. de méd., 1881).

Boulloche. — Albuminurie (Manuel de méd., t. VI).

Bourges. — Angines simples (Manuel de méd., t. V).

Boyer. — De l'albuminurie liée aux irritations cutanées (Th. Lyon, 1883).

Brault. — Maladies des reins (Traité de méd. Charcot-Bouchard).

Castaigne. — Epreuve du bleu de méthylène et perméabilité rénale (Th. de Paris, 1900).

Castaigne et Rathery. — Rôle de l'hérédité en pathologie rénale (Semaine méd., 1904).

Cazal. — Néphrite aiguë consécutive à l'impétigo (Arch. de méd. des enfants, 1905).

Chauffard. — Traité de méd. et de thérapeutique, Brouardel, Gibert).

Comby. — Néphrite aiguë simple des enfants (Méd. mod., 1897).

— La fièvre ganglionnaire (Méd. infantile, 1894).

— Traité des maladies de l'enfance. Paris, 1892).

— Néphrites amygdaliennes (Soc. méd. des hôpitaux, 1908).

Cornil. — Des différentes espèces de néphrites (Thèse d'agrégation, 1869).

Dauchez. — De l'amygdalite infectieuse et contagieuse (France méd., 1889).

Delalandre. — Du traitement de la néphrite albumineuse (Th. Strasbourg, 1862).

Deroye. — Etude et pratique théorique de l'albuminurie et de quelques néphrites (Th. Paris, 1891).

Descoings. — De l'amygdalite considérée comme maladie générale et infectieuse (Th. Paris, 1890).

Dluski. — Du pronostic de quelques variétés de néphrites chez les enfants (Th. Paris, 1891).

Dupeu. — Sur la néphrite aiguë bénigne chez les enfants (Th. Paris, 1897).

Dupré. — Angines aiguës. Traité des maladies de l'enfance.

Enriquez. — Etude bactériologique des néphrites infectieuses (Th. Paris, 1892).

Frees. — Néphrite aiguë chez un nouveau-né, 1893.

Fontanié. — Etude clinique de l'hématurie rénale dans les néphrites chez l'enfant (Th. Paris, 1903).

Freemann. — Néphrite aiguë consécutive à l'influenza (Arch. of Pediatries, 1900).

Gallois. — Néphrites et endocardites chez les adénoïdiens (Bull. méd., 1897).

Gaucher. — Pathogénie des néphrites (Th. d'agrégation, 1886).

Goulkewitch. — Des néphrites chez le nourrisson (Rev. mensuelle des maladies de l'enfance, 1900).

Gouget. — Régime alimentaire dans les néphrites (Gaz. des hôp., 1907).

Grancher. — Traité des maladies de l'enfance.

Guiard. — Néphrite dans l'impétigo chez l'enfant (Th. de Paris, 1908).

Guinon et Pater. — Complications rénales au cours de l'impétigo et de l'eczéma impétigineux (Soc. de Pédiatrie, 1906).

Guyon et Albarran. — Physiologie patholog. des rétentions d'urine (Assoc. française d'Urologie, 1897).

Heubner. — Sur la néphrite chronique et l'albuminurie chez l'enfant.

Hutinel. — Les maladies des enfants, 1911.

Job. — Contribution à l'étude de la néphrite aiguë chez l'enfant (Th. Nancy, 1899).

Jeanselme. — De l'arrière-gorge considérée comme porte d'entrée des infections (Gaz. des hôpitaux, 1890).

Kannenberg.— Ueber Nephritis bei acuten infections Krankheiten, 1880.

Landouzy. — De l'amygdalite infectieuse (Progrès méd., 1883).
— Fièvre ganglionnaire (Gaz. des hôpitaux, 1885).

Lasègue. — Angine et néphrite rhumatismales (Archives générales de-médecine, 1880).

Laure. — Angine et albuminurie (Mémoire de la Soc. méd. des hôpitaux, 1881).

Lecorché et Talamon. — Traité de l'albuminurie et du mal de Bright.

Le Gendre. — Les albuminuries et les néphrites chez les enfants (Semaine méd., 1894).

Lereboullet. — Rapport sur le Mémoire de Laure (Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux, 1881).

Leroux. — Note sur l'albuminurie chez les enfants (Rev. des mal. de l'enfance, 1883).

Letainturier de la Chapelle. — Infections d'origine naso-pharyngée. Néphrite et endocardite (Th. Paris, 1897).

Letzerich. — Allgemeine med. cent. Zeitung (Berlin, 1883).

Loos. — Etude sur la néphrite primitive chez l'enfant, 1889.

Maillard. — Pronostic des néphrites chroniques des enfants (Th. Paris, 1904).

Marfan. — Néphrite chronique de l'enfance (Académie de méd., 1910).

Merklen. — Th. Paris, 1901.

Milton-Miller. — Un cas de néphrite hémorragique. La grippe chez un enfant de 13 mois (Arch. of Ped., 1902).

Mircoli. — Cent. f. Wissenschaft., 1887.

Moizart et Grenet. — 2 cas de néph. hémorragique au cours d'angine simple (Soc. de pédiatrie, 1903).

Nobégourt. — Néphrite aiguë d'orig. amygdalienne (Soc. méd. des hôpitaux, 1908).

Pallegoix. — Néphrites aiguës bénignes dites primitives chez l'enfant (Th. Paris, 1902).

Perret. — De l'albuminurie des nouveau-nés (Th. Paris, 1897).

Perrigault. — De l'hérédité rénale (Th. Paris, 1905).

Pich. — Néphrites des nourrissons consécutives aux affect. intestinales (Arch. of Kinderheilk., 1905).

Rachford. — Néphrite aiguë dans la grippe chez l'enfant (Medical News, 1902).

Pilliet et Barthez. — Traité des mal. de l'enfance.

Rioblanc. — Pronostic dans néphrites aiguës (Th. Paris, 1885).

Schmith. — Complications rénales de la grippe (Th. Nancy, 1901).

Sigogne. — Néphrites et angines (Th. Paris, 1902).

Sinègre. — Des néphrites chroniques consécutives à des mal. infect. aiguës chez l'enfant (Th. Montpellier, 1892).

Sirugue. — L'eczéma impétigineux de la tête et ses complications (Th. Paris, 1881).

Soca. — Sur la néphrite dans la fièvre ganglionnaire (Méd. inf., 1895).

Soumaripas. — Néphrite grippale chez l'enfant (Annales de la polyclinique, Paris, 1902).

Spolverini. — Contr. à l'étude des néph. aiguës infect. et toxiques de l'enfance (Annal. de méd. et chir. infantiles, 1901).

Teissier et Roques. — Mal. du pharynx (Traité de méd. et de thérapeutique).

Tuley. — La néphrite chez l'enfant (Med. News, 1896).

Tuvache. — Néphrite grippale (Th. Paris, 1891).

Vignerot. — Contribution à l'étude des néphrites (Th. Paris, 1880).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 5 décembre 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 5 décembre 1913
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE